



Bacheloroppgave

VPL05 Vernepleie

Selvskadingens dynamikk. Individuelle og relasjonelle perspektiv.

Dynamics of self-mutilation. Individual and relational perspectives.

Tirje Raud Helset

Totalt antall sider inkludert forsiden: 42

Molde, 31.05.2012

Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.

Du/ dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none">• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. Universitets- og høgskoleloven §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen §§14 og 15.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter høgskolens retningslinjer for behandling av saker om fusk	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

Publiseringsavtale

Studiepoeng: 12

Veileder: Nils Bekkevold

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven, §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

☒ ja ☐ nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

☐ ja ☒ nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

☐ ja ☐ nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

☐ ja ☒ nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 31.05.2012

Antall ord: 11 943

Forord

Til Du som skader deg selv av tåre

Du er din egen hersker
av deg selv du brytes ned
Pines òg med sorgen
uten å få fred

Tegning på en arm
som en vakker søm
Viser nå et liv
motsatt av en drøm

Kniven er din beste venn
skjærer opp ditt hjerte
Brukes til å glemme bort
og overdøve smerte

Du pines gjennom straffen
for det som visst var ondt
Men det er deg selv
du faktisk gjorde vondt

Alene gjennom livet
- det er en ensom ferd
Og i mot din strupe
har du løftet sverd

(Anonym, Dikt.no, 2012)

Innhold

Innledning	2
1.0 Bakgrunn for tema	2
1.1 Oppgavens innhold, struktur og disposisjon	3
2.0 Problemstilling	3
2.1 Definisjon av begrep og avgrensning.....	4
2.2 Hvordan er temaet relevant for vernepleier	5
2.3 Forforståelse	6
3.0 Metode og litteraturstudie	7
3.1 Metode for innsamling av data.....	8
3.2 Metode for utvelgelse av data	9
3.3 Metode for analyse av litteraturfunn	9
3.4 Kildekritikk og validitet	9
4.0 Ulike definisjoner og forekomst av selvskading	10
4.1 Ulike definisjoner.....	10
4.1.1 Selvskading	12
4.1.2 Selvmord	13
4.1.3 Selvmordsforsøk	14
4.1.4 Selvmutilering	14
4.1.5 Villet egenskade	15
4.2 Forekomst.....	16
5.0 Mennesker som skader seg selv snakker gjennom arr	18
5.1 Arrene snakker	18
5.2 Å ønske å slutte	19
6.0 Forutsetninger for god behandling.....	19
7.0 Hvordan kan hjelpen gis?.....	22
7.1. Behandling	22
7.1.1 Engasjere og motivere for behandling	24
7.1.2 Lære nye ferdigheter	24
7.1.3 Prioritere mellom ulike målgrupper	25
7.1.4 Presis analyse av problemet	25
7.1.5 Balansere mellom aksept og krav til endring	25
7.1.6 Hjelp til selvhjelp	25
7.1.7 Ikke å forsterke selvskadingsatferden	25
8.0 Drøfting	26
8.1 Møte med behandlere	26
8.2 Behandlere og behandling	27
8.3 Kritisk blikk til behandlere og behandling	29
8.4 Konklusjon	32
8.0 Oppsummering.....	33
9.0 Avslutning	34
Litteraturliste.....	36
Vedlegg.....	38

Innledning

For noen tiår siden ble selvskading sett på som et sjeldent fenomen. Selvskading ble som oftest forbundet med psykose eller selvmordsfare og observert hos meget forvirrede mennesker (Øverland, 2006). Nå har selvskading blitt et tema som flesteparten av de som jobber med ungdom må forholde seg til. Selv om man vet mer om mennesker som skader seg i dag, så er emnet fremdeles tabubelagt og forbundet med skam. Man stiller fortsatt spørsmål om hvorfor noen ønsker å skade seg selv? Jeg ser nærmere på personer som påfører seg selv skade, og jeg vil også skrive om utfordringer som kan oppstå i kjølevannet av behandling av selvskadere.

1.0 Bakgrunn for tema

Med denne bachelor oppgaven ønsker jeg å forstå og finne kunnskap om selvskading. Jeg har arbeidet innen omsorgen for mennesker i krise og har i min jobbsammenheng møtt unge jenter som kutter seg selv. Også i nærmeste omgangskrets har jeg møtt ei jente som driver med selvskading. Det vanskelig ikke å bli berørt i møtet med et menneske som påfører seg selv skade.

Jeg ser, som framtidig vernepleier, at kunnskapen om selvskading kan være nyttig. Vernepleierne kan møte selvskading på ulike arenaer, som for eksempel innenfor psykisk helsearbeid, psykiatriske institusjoner, skoler og habiliterings- og rehabiliteringsarbeid. Det er viktig å ha kunnskap om emnet for å skape trygge relasjoner mellom hjelpeapparatet og den som skal motta hjelpen.

Jeg har tenkt mye på hvordan mennesker som skader seg selv kan finne individuell hjelp og den rette behandlingen. Grunnene til selvskading varierer fra menneske til menneske, fra tilfelle til tilfelle, og som oftest er det flere faktorer som spiller inn. Derfor er det best å stille spørsmålet til det mennesket det gjelder.

Hvordan en behandler kan møte en som skader seg selv på en best mulig måte? Jeg kan tenke meg at det kan være vanskelig å arbeide med mennesker når man vet at de skadene de har er selvpåførte. Hvordan skal hjelpeapparatet forstå dem? Jeg tror at gjennom ulike spørsmål kan man hjelpe omverden til å forstå årsaker til selvskading og også for dem som

skader seg selv kan få større innsikt i hvorfor de tyr til selvskading. Disse spørsmålene er bakgrunn for mitt valg av emne og problemstilling.

1.1 Oppgavens innhold, struktur og disposisjon

De første kapitlene handler om oppgavens innhold og problemstilling. Jeg gir en bakgrunn og oversikt over oppgavens tema.

Kapittel 3 er metodekapittel, der beskriver jeg metoden jeg har benyttet for å innhente data, og skriver også om litteraturfunn og kildekritikk.

Kapittel 4 gir et slags bakteppe i forhold til hva selvskading dreier seg om ut fra ulike definisjoner og selvskadingens forekomst. Jeg beskriver selvskadenes hverdag og forklarer hva det vil si å skade seg selv.

I kapittel 4 har jeg skrevet om menneskesyn, etikk og kommunikasjon.

Kapittel 5 og 6 handler om at mennesker som skader seg selv har vanskeligheter med å kommuniserer via ord og å hva som kan være grunnlag til god behandling.

Kapittel 7 er en drøfting. Først gir jeg en oversikt over hvilken hjelp som kan gis for personer som skader seg selv. Så ser jeg nærmere på hvordan behandlere møter mennesker som skader seg selv.

De to siste kapitlene består av en oppsummering og avslutning rundt arbeidet med oppgaven.

2.0 Problemstilling

Jeg har kommet frem til følgende problemstilling:

Hva er selvskadingens dynamikk? Individuelle og relasjonelle perspektiv.

Sofia Åkerman (2010) skriver i sin bok *For å overleve – en bok om selvskading* at det er like mange veier ut av selvskading som det er mennesker som skader seg selv. Jeg ønsker å se nærmere på hvordan det er mulig å forstå selvskader som har problemer med å beskytte sin egen kropp og sitt eget liv. Målet mitt er å åpne opp for en større forståelse rundt et tema som ikke så ofte blir belyst offentlig. Det jeg ønsker å få frem er hverdagen til

selvskadere og når de søker behandling. Jeg skal belyse prosessen som de personene som skader seg selv går gjennom. Hva kan dynamikken være bak deres handlinger? Hva er drivkraften bak ønsket om å skade seg selv? De som skader seg har ofte ikke ord for sine handlinger og sin smerte. De klarer ikke å forklare hva som er galt og hva som gjør vondt. Hvordan kan de fortelle om smerten de bærer inne i seg? Kan de bruke ord for å be om hjelp?

Det individuelle perspektivet sikrer at selvskadernes erfaring og sårbarhet blir tilstrekkelig tatt hensyn til, og at fokus legges på behandling og forebygging. Det relasjonelle perspektivet representerer et syn hvor de fleste individuelle problemer forstås på bakgrunn av de mellommenneskelige relasjoner, hvor man skal utvikle inkluderende fellesskap mellom behandler og mennesker som utøver selvskading.

2.1 Definisjon av begrep og avgrensning

Svein Øverland (2006) skriver i sin bok «*Selvskading – en praktisk tilnærming*» flere definisjoner på selvskading, og også om manglende enighet om definisjon en «*selvskading*». I de siste årene har det blitt mer tydelig å definere selvskading i forhold til selvmord eller ikke. I følge Øverland (2006) er Armando Favazza en av de første som forsøker å definere selvskading eller «self-mutilation» (selvmutilering) på en forståelig og logisk måte. Favazza beskriver selvskading som ødeleggelse eller endring av kroppsvev, direkte og med hensikt, uten at intensjonen er selvmord. Av enkelte blir selvskading forstått som en samlebetegnelse for ulike selvskadende og selvdestruktive fenomener.

Jeg har avgrenset oppgaven i forhold til å se nærmere på selvskadingens dynamikk. Det handler om personers egenopplevelser av indre smerte og om hvordan de forholder seg til denne smerten ved å kutte seg og lage arr. Dette kan gi meg kunnskap om hva det å skade seg betyr for personer, hva de føler og tenker, samt om hvordan veien kan bli mot å kutte seg mindre og å mestre livet bedre. Jeg vil også gå inn på ulike typer behandlingsformer og kommunikasjon i møtet med behandlere.

Jeg avgrenser meg til unge mennesker som driver med fysisk selvskading. Øverland (2006) skriver at kutting er den vanligste formen for selvskading, det skjer oftest på armer eller hender, noen ganger også på bena. Det er sjeldnere å se kutting i ansikt, mage, rygg, hofter og ende eller på kjønnsorganer. Noen mennesker skader seg ved å brenne seg, skâlde

seg eller påføre kroppen slag, men andre kan skade seg ved kloring, plukking på sår og skorper, biting og skraping.

2.2 Hvordan er temaet relevant for vernepleier

Som jeg skrev i bakgrunnen for oppgaven, at vernepleiernes kompetanse etterspørres nå på flere arenaer enn før. Det gledelige er at vernepleiernes kompetanse innen målrettet miljøarbeid, skole, pleie- og omsorg og habilitering /rehabilitering også er anvendelige på andre målgrupper som for eksempel innen flyktningen tjenesten, asylmottak og rusproblematikken (FO, Om vernepleieryrket).

Den faglige tilnærmingen vi har i yrkesutøvelsen, og som kan bidra til å endre rammefaktorer og individuelle forutsetninger, er også relevant overfor brukergruppen som denne oppgaven handler om. Vernepleierne må forholde seg til hele mennesket og miljøet rundt. Det kan være en utfordring å finne ut hvordan man skal møte brukerens indre smerte. Vi bør spørre oss om selvskadere trenger hjelp til å få oppmerksomheten vekk fra smerte? Eller om de trenger oss som rolige og empatiske vitner? Eller om vi skal gå inn i smerten sammen med dem for å øve og holde ut?

”Vernepleierfaglig arbeid tar utgangspunkt i utfordringen den enkelte står overfor, og søker løsninger ved å identifisere og nytte ressurser hos den enkelte og i miljøet”

(Hutchinson, 2009)

Vernepleierne har et hjelpemiddel og verktøy som kan hjelpe til å se helheten i brukerens livssituasjon: AHA- modellen, *Anvendelse av den helhetlige arbeidsmodell* (vedlegg). Dette er en målrettet arbeidsprosess som man gjennomfører i samarbeid og samhandling med bruker. Hjelper og bruker arbeider målrettet med denne modellen. Det er en modell som har ulike faser som illustrerer hva som er fokus. Her ser man på selvskading innenfor en kontekst.

”Etiske dilemmaer og avveininger, samt omsorgsideologiske og juridiske vurderinger fokuseres i alle faser. Utpeking av satsingsområder og påfølgende prioriteringer skal ha sammenheng med hvilke mål som er sentrale for brukeren selv”

(FO i Fagplan HiMolde, 2010)

2.3 Forforståelse

Min forforståelse preges av at jeg tidligere har møtt personer som skader seg selv og jeg har også lest litteratur om tema: Sofia Åkerman «Sebrapiken» som setter lesere inn i en selvskaders verden av følelser og tanker. Jeg vet at jeg ikke kan være helt nøytral, og at jeg ikke kan unngå å ha med meg tanker om hva som er karakteristisk for det jeg skriver om. Det at jeg har møtt selvkadere preget nok valget mitt av problemstilling og hva som vektlegges i oppgaven. Jeg er bevisst på min forforståelse og har derfor vært opptatt av å finne faglitteratur som jeg kan henvise til i forhold til de valgene jeg har gjort.

Når jeg drøfter og argumenterer over nye temaer, vil jeg ofte ha en forforståelse, noe som er en mening, tanke eller forståelse på forhånd om aktuelle emner. Mine tidligere erfaringer, kunnskap eller inntrykk forårsaker at jeg har gjort meg opp en mening om tema. Når jeg kommer til å få mer kunnskap om og kjennskap til det aktuelle temaet, vil min forståelse forandres. Dette kan kanskje føre til at jeg vil endre perspektivet mitt og tankegangen min i forhold til de nye erfaringene.

Einar Aadland (2004) forteller at hvilke fordommer vi har, eller hvilke ”briller” vi har på oss som vi ser verden med, er vår forforståelse. Ingen kan møte et fenomen, en situasjon eller menneske, helt uten meninger og forutinntatte holdninger. Han skriver også at de forutsetninger vi bringer med oss, som avgjør om vi finner mening i handlinger. Det vi har lært eller erfart bidrar derfor til de meninger vi har.

Videre mener Aadland (2004) at det er viktig å være klar over forforståelsen sin, som kan være både bevisst og ubevisst. Dersom man er klar over forforståelsen kan man være åpen for andre tilnærminger enn det man umiddelbart tenker og føler. Noen holdninger vet jeg at jeg innehar, mens andre plutselig kan komme. Mine erfaringer med å arbeide med mennesker kan både være positive og negative. Jeg har erfart å møte en problematikk jeg innser at jeg har en negativ forforståelse for, noe som kan føre til utfordringer for min egen profesjonell rolle.

Dalland (2007) mener at mennesker er målrettede vesen. Rundt oss har vi ting som betyr noe for oss og vi forsøker å forstå den verden vi lever i. Hermeneutikk er en metode som man bruker til å tolke data med. Øverland (2006) mener at i hermeneutikken tar en stilling til forforståelsen, for nettopp å bevisstgjøre ens egne oppfatninger. For å kunne være mest mulig nyansert er det viktig at denne forforståelsen erkjennes og tas hensyn til. Kan det ikke være slik at de ressursene vi har egentlig ikke er noe hinder og problem for å tolke og

forstå temaet man ser nærmere på? Jeg tror at min egen forforståelse kan være et hjelpereidskap til å tolke fenomener.

Når vi skal forstå, finne mening og tolke kan vi benytte den hermeneutiske sirkel som metode. Aadland (2004) sier at en forsker som baserer seg på hermeneutiske perspektiv ønsker å leve seg inn i mennesker opplevelsesverden for å se saken innenfra. Dette er en prosess som kan veksle mellom å se helheten og å studere deler enkeltvis. Dette gjøres ved hjelp av en hermeneutisk sirkel, som er en prosess hvor man ved samspill og dialog går inn i ulike deler av en sak, får ny forståelse, og derfor kommer nærmere en konklusjon og løsning. Dette kan også gjøres i litteraturstudie der man kan veksle mellom teori, tolkning og refleksjon relatert til opplevelse og praksis. Den hermeneutiske sirkel beskriver spiralen i all tolkning, som uttrykker stadig bevegelse mellom helhet, del og egen forforståelse. Så via deler av litteraturstudie kan jeg påvirke og utvikle mine egne forståelser av temaer og problemstillinger jeg skriver om. Jeg tror at det er viktig å ha et helhetlig syn når man jobber med mennesker, som er preget av sine problemer og trenger hjelp. Hermeneutikken kan hjelpe til at behandlingen kan få et mer helhetlig perspektiv.

Som jeg har nevnt tidligere har en vernepleier fokus på integrering, deltagelse og likeverd, det vil si hele mennesket og miljøet rundt. Jeg ser at det er viktig med brukermedvirkning, respekt og dialog mellom hjelper og den som trenger hjelp. I den litteraturen jeg har lest bruker det som oftest begrepet ”selvskadere”. Jeg synes at det et generelt begrep. Bak dette begrepet er en individ som har et miljø rundt seg. Derfor har jeg i oppgaven valgt å bruke også begrepene ”mennesker som skader seg” og ”personer som skader seg selv”. De begrepene har mer et menneske i fokus og kan beskrive mer om de enkelte som har behov for hjelp.

3.0 Metode og litteraturstudie

En metode er en fremgangsmåte for å fremskaffe informasjon vi trenger. Denne fremgangsmåten er viktig for å etterprøve påstander og dertil krav om å være sanne, gyldige og holdbare (Dalland, 2007). Metode er et redskap som hjelper å løse problemer og komme fram til ny kunnskap.

Litteraturstudie som metode, brukes ofte som grunnlag for hovedoppgaver og studiet inneholder bakgrunn, formål, spørsmålsstilling og innsamlingsmetode (Dalland, 2007).

Videre skriver Dalland (2007) at litteraturstudie er systematikkens søking, vurdering, avkorte litteratur innenfor en problemstilling eller et emne.

I denne oppgaven har jeg ønsket å belyse den valgte problemstillingen ved å benytte litteraturstudie. Bakgrunn til dette ligger i oppgavens problemstilling og tidsaspektet for oppgaven. Fra min side stiller litteraturstudie ingen krav til anonymisering, konfidensialitet og taushetsplikt, dette har blitt gjort av forfatterne av litteraturen. Når man arbeider med en litteraturstudie er det viktig å gjøre de etiske overveielserne som er aktuelle. Siden målet med oppgaven er å undersøke dynamikken hos mennesker som skader seg selv, så har jeg sett på kunnskapen som allerede finnes om emnet. Jeg gjør rede for hvilke litteratur jeg har brukt, hvordan jeg har gått fram i litteratursøket og avgrenset søket, og hvorfor jeg valgte akkurat den litteraturen.

3.1 Metode for innsamling av data

Dalland (2007) skriver at litteraturstudie er en form for studie som kan brukes både ved kvalitativ og kvantitativ metode.

Med kvalitativ metode mener Olav Dalland (2007) at en ønsker å fange opp mening eller opplevelser som ikke lar seg tallfeste, såkalte myk data. I følge Repstad (1993 i Aadland 2004) handler kvalitative metoder også om å karakterisere. Dette innebærer at ordet kvalitativ viser til egenskapene eller karaktertrekk ved ulike fenomener, herunder relevansen i fagartikler. Disse kan bare tolkes og kan aldri avgjøres som objektive fakta. Når jeg bruker kvalitative metode får jeg større forståelse omkring fenomener, sosiale relasjoner, opplevelser, meninger og oppfatninger om det emnet jeg skriver om.

Jeg har foretatt litteratursøk i ulike databaser og generelt på nett i søkemotorene Google og Kvasir. Etter at jeg har søkt på internett og lest artikler knyttet til selvskading og villet egen skade, har jeg fått økt innsikt i temaet. Jeg har lest aktuelle fagbøker, artikler og forskingsrapporter fra Tidsskrift for Den Norske legeforening, og populærlitterære bøker, samt selvbiografier. Referanselistene i aktuelle artikler og fagbøker er også gjennomgått, og noen av disse kildene har blitt sett nærmere på. Jeg har foretatt søk i høyskolens bibliotekbase Bibsys for å finne relevant og aktuell litteratur. Søkeord jeg benyttet var "selvskading", "villet egenskade", "selvskadingssyndrom", "forekomst av selvskading", "behandlingsmetoder", "dynamikk" og "arr".

Også via sosiale media har jeg fått mer kunnskap om selvskading. Dette spesielt via ulike debatter, selv om dette kanskje ikke vil bidra noe direkte til selve oppgaven, vil dette gi meg en for forståelse og mer bakgrunnskunnskap om selvskadingens dynamikk.

3.2 Metode for utvelgelse av data

Det har vært viktig å finne relevant teori og knytte dette opp mot belysningen og drøftingen av problemstillingen. Jeg har brukt en del tid på å kartlegge hvilken faglitteratur og innfallsvinkler som vil belyse temaet best. Jeg føler meg tryggere når jeg har lest ulik litteratur om emnet og kan vise til noen motsetninger som kan speile spennet i hvor omfattende dette temaet kan være. Jeg har valgt ut faglitteratur som er anerkjente lærebøker og tidsskrifter og som er sentrale for denne aktuelle problemstillingen i Norge. Noe av litteraturen er selvbiografi. Dette har jeg tatt med for å få perspektivet innenfra - fra selvskadernes side og se på brukervedvirkningen.

3.3 Metode for analyse av litteraturfunn

I denne oppgaven har jeg foretatt ulik litteraturfunn og hentet tall fra forskjellige kilder. Det er kvantitativ data som jeg har behandlet via opplysninger og konklusjoner fra skriftlige kilder og som har blitt tolket ut fra kildenes innhold og opphav. Jeg har lest og sett på litteraturen innen den problemstillingen jeg har valgt. Dette er en kvalitativ bruk av litteraturen.

3.4 Kildekritikk og validitet

Dalland (2007) skriver at ved å være kritisk til anvendt litteratur viser en at en forholder seg kritisk til det kildematerialet som blir brukt i oppgaven. Leseren av oppgaven får en oversikt over litteratur som er tilgjengelig og hva som er vektlagt som kriterier under utvelgelsen.

Som jeg har nevnt tidligere, brukes allerede eksisterende litteratur i litteraturstudie. Den valgte litteraturen må vurderes og karakteriseres for at leseren skal se mine refleksjoner og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har for min problemstilling.

Kildeinnhentingsprosessen har vært ganske stor siden jeg har brukt mange forskjellige kilder. Jeg har forsøkt å se på hver enkel kilde med kritiske øyne i forhold til om den er med på å belyse problemstillingen, hvor oppdatert den er og hvor opplysningene i kilden

opprinnelig kommer fra. Det er naturlig at mange av de kildene jeg har innhentet allerede har fortolket data, så har jeg vurdert om det opprinnelige perspektivet kan ha endret seg eller om jeg må finne opprinnelige kilden. Jeg har også søkt på og lest om begrepene som er sentrale i forhold til oppgavens problemstilling.

Aadland (2004) skriver at validitet betyr at data i en undersøkelse sier noe treffsikkert og viktig om problemstillingen for undersøkelsen. Stadig ny forskning i et raskt voksende fagfelt gjør at man må stille seg kritisk til bruk av foreldet litteratur. Når det gjelder mitt selvvalgte pensum så er det meste fra nyere dato og målet har vært fortrinnsvis å bruke kilder som er fra nåværende tiår. Jeg mener derfor at litteraturen jeg bruker i oppgaven er gyldig i forhold til oppgavens tema pr. i dag. Det er også grunn til å stille seg kritisk til litteratur som er sekundærlitteratur, der teksten kan være bearbeidet og presentert av en annen enn den opprinnelige forfatteren.

4.0 Ulike definisjoner og forekomst av selvskading

Etter at jeg har lest faglitteratur om selvskading viser det seg at det er ulike faglige ståsted i forhold til hvordan man ser på selvskading. Det finnes mange ulike definisjoner på hva selvskading er. Jeg vil derfor redegjøre for selvskadingens mange ansikter for å belyse kompleksiteten innen temaet.

Det kan være vanskelig å tallfeste omfanget av selvskading. Ulike land og sykehus har forskjellige rutiner hvordan de registrerer selvpåførte skader. Selvskading og selvmordsforsøk eller selvmord defineres ulikt, noe jeg kommer tilbake til senere i oppgaven.

Sannsynligvis er det flere kategorier og undergrupper av selvskading. Mest sannsynlig er det forskjeller mellom de som skader seg intenst eller flere ganger i uka, og de som skader seg en eller to ganger i løpet av livet. Selvskadingen kan også oppleves veldig forskjellig for utøveren og for pårørende.

4.1 Ulike definisjoner

Selvskading kan uttrykke en rekke psykiske, sosiale og kulturelle forhold. Øverland (2006) skriver at man er generelt enig om at de som skader seg gjør dette på grunn av sterk psykisk smerte. Det typiske i selvskadingen er ofte kaos og følelser som er vanskelig å

beskrive, og det er like mange grunner til å skade seg som det finnes mennesker som gjør dette. Selvskading skjer oftest impulsivt når man står i en personlig krise og opplever å være svært desperat. Likevel er det vanskelig å finne en dekkende begrep for selvskading, som gjør at det blir vanskelig å få oversikt over dette fenomenet. For å tydeliggjøre hva som ligger i de ulike begrepene som benyttes i denne oppgaven, vil jeg først starte med å definere selvskading.

Sommerfeld og Skårderud (2009) skriver at selvskaden kan ha mange funksjoner og meninger. I både klinisk og vitenskapelig litteratur beskrives flere funksjoner som illusjon om kontroll, avreagering, affektregulering, konkretisering av følelser, flukt fra behag, hjelp til å stoppe pågående tankekjør, selvstimulering, egenomsorg, straff, hevn og oppmerksomhet og kommunikasjon. En av de populære mytene om selvskading er at det handler akkurat om oppmerksomhet. I ulike sammenhenger er det viktig å se hvordan den selvskadende kan rette søkelyset mot seg selv for å få andre personer til å reagere. Selv om det er enighet om at de fleste som skader seg selv gjør det på grunn av sterk smerte, har det vist seg vanskelig å definere selvskading som begrep (Fox og Hawton, 2005, i Øverland, 2006). Det har vært vanskelig å komme frem til en felles betegnelse av begrepet, som medfører at det har vært vanskelig å få oversikt over fenomenet. Svein Øverland (2006) skriver at i litteraturen brukes blant annet begrepene ”selvskading”, ”villet egenskade”, ”selvmordsforsøk” og ”parasuicid” delvis overlappende. Det finnes ulike definisjoner av selvskading, men selvskading har ikke status som offisiell diagnose. Selvskading kan settes som en tilleggsdiagnose. Innenfor de internasjonale diagnosesystemene ICD-10 finner man selvskading innenfor personlighetsforstyrrelsesdiagnosene, som ett av flere kriterier for diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Moe, Ribe, 2007). Selvskading kan ha skiftende meninger i forskjellige kulturelle kontekster og man kjenner ikke selvskaden før man kjenner den enkelte selvskader (Mehlum, Holseth, 2009).

Det er få personer som skader seg selv som gjør det med andre til stede. Det er heller ikke mange som viser resultatet av kuttingen og arrene sine til andre. Likevel er det nok personer som har vist, og som fortsatt viser, til at selvskading er et synlig symptom, selv om det ofte bare anes, under langarmede gensere eller dekket av bandasjer (Mor, Ribe, 2007). Videre skriver Moe og Ribe (2007) at det «utøvende» symptomet kan ligge på toppen av angst, depresjon og hallusinerer, som igjen kan ligge over nevrobiologiske

forstyrrelser. I møtet med emosjonelt ubehag vil personer som ikke har fått lære strategier å håndtere ubehaget på, være hjelpeløst og selv måtte ty til måter å kvitte seg med ubehaget på. En slik måte kan være å lage et snitt i huden, for bokstavelig å tømme seg for ubehaget.

Gratz (2001, Øverland, 2006) påpeker at manglende enighet om definisjon av selvskading fører til at det er svært vanskelig å sammenligne forskningsresultater om fenomenet. Det brukes mange ulike begrep som det er vanskelig å skille fra hverandre. Litteraturen om behandling av personer med selvskading har heller ikke ofte vært opptatt av å definere fenomenet stringent, men heller vært opptatt av å beskrive det opplevelsesmessige aspektet (Favazza, 1995, i Øverland, 2006). Definisjonene er derfor noen ganger mer preget av behandlernes egne erfaringer og fokus, heller enn at definisjonene skal være allmenngyldige. Strong (2000, i Øverland, 2006) beskriver for eksempel personer som skader seg som ”kuttere”, og definerer dette som

”... personer som bruker hudens overflate til å endre sin emosjonelle tilstand, for å oppnå en lite forstått psykisk tilstand gjennom intens smerte, og for å kommunisere noe som tidligere har virket umulig å få til”.

Noen former for selvskading kan deles inn i ulike typer og herunder skal jeg se nærmere på dette.

4.1.1 Selvskading

I løpet av de siste årene har forskningsmiljøet blitt tiltagende oppmerksom på problemet om felles begrepsforståelse og felles kriterier (Fox, Hawton, 2005, i Øverland, 2006). Det har blant annet blitt tydelig at det viktigste av kriteriene er om definisjonen inkluderer intensjonen om selvmord eller ei. Med andre ord, om den som skader seg selv ”kun” ønsker å skade seg, eller om hun også faktisk prøver å ta livet sitt.

Selvskading kan også være en samlebetegnelse for ulike fenomener som selvmutilering, selvmordsforsøk, selvødeleggende adferd, selvpåført vold, selvmisbruk eller selvdestruksjon (Bjørneset, 2003, i Øverland, 2006). Bjørneset definerer videre at selvskading er en bevisst, umiddelbar selvpåført fysisk skade, uten bevisst suicidal hensikt.

En annen definisjon fra Thorsen (2006, i Øverland, 2006):

”Selvskade er handlinger som innebærer at individet påfører seg skade og smerte uten at man til hensikt å ta sitt eget liv. Selvskade er en handling mennesket bruker for å håndtere smertefulle overveldende tanker, følelser eller situasjoner. Ved å skade seg selv kan man føle seg bedre for en stund og være i stand til å mestre livet sitt”.

4.1.2 Selvmord

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer selvmord som:

”Selvmord er en handling med dødelig utgang som avdøde, men viten og forventning om et dødelig utfall selv hadde foranstaltet og gjennomført med det formål å fremkalle de av den avdøde ønskede forandring”

(Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002, i Øverland, 2006)

En mer presis definisjon er:

”Selvmord er en bevisst og villet handling som individet foretar for å skade seg selv, og hvor skadene er dødelige, eller ”Selvmord er villet egenskade som fører til døden”

(Retterstøl, Ekeberg, Mehlum, 2002, i Øverland, 2006)

Favazza (1996, i Øverland, 2006) fremholder at det er nødvendig med en grunnleggende forståelse av at selvmord har som intensjon å gjøre ende på enhver følelse, mens selvskading er et forsøk på å føle seg bedre. Selvskading er effektivt i å gi personen en viss midlertidig lettelse av psykisk smerte.

Selv om selvskading blir oppfattet som å være et forsøk på mestring for å takle ubehagelige følelser, er det samtidig tydelig at selvskading ofte oppleves som et mislykket mestringsforsøk etter hvert. Det er derfor en risiko for at selvskading utvikler seg til alvorlig depresjon og selvmordsadferd.

I tillegg har selvskading ofte som effekt at personens nærmeste reagerer med å bli skremt eller viser avsky. Dette vil lett føre til stigmatisering og ensomhet. En annen konsekvens kan være at den som skader seg begynner å isolere seg av frykt for at selvskading kan bli

avslørt. Begge deler kan føre til at den som skader seg blir tiltagende ensom og fortvilt over denne onde sirkelen, og over at vedkommende mister kontrollen over eget liv. Det kan føre til at en fra før vanskelig situasjon blir uutholdelig. Resultatet kan bli mer intense selvmordstanker (Favazza, Conterio, 1989, i Øverland, 2006).

4.1.3 Selvmordsforsøk

Retterstøl (1995, Øverland, 2006) definerer selvmordsforsøk som:

”En bevisst og villet handling som individet har foretatt for å skade seg selv, og som individet ikke kunne være helt sikker på å overleve, men hvor skaden ikke har ført til døden”.

Det er vanskelig å vite noe om intensjonen bak et selvmordsforsøk. Noen ganger er det vanskelig å vurdere om et dødsfall skyldes selvmord, en ulykke eller om det var et selvmordsforsøk hvor personen ønsket å bli reddet. Dersom personen har overlevd forsøket, kan det paradoksalt nok være like vanskelig eller endatil vanskeligere å finne intensjonen bak handlingen (Ekeberg, 2001, i Øverland, 2006). Ekeberg mener at dette skyldes at personen kan ønske å skjule sitt ønske, bagatellisere det, selv er usikker, eller er preget av sterk ambivalens. Ambivalens er svært vanlig hos personer som har selvmordstanker.

Øverland (2006) refererer til Fox og Hawton (2005) at problemet med definisjonen av selvmordsforsøk er altså at det er vanskelig å bedømme om intensjonen om å dø faktisk er til stede. Undersøkelse har vist at atferd som tradisjonelt har blitt klassifisert som selvmordsforsøk, ofte ikke har inneholdt et reelt ønske om å dø.

4.1.4 Selvmutilering

Levenkron (1998, i Øverland, 2006) beskriver de diagnostiske kriterier for alvorlig selvmutilering slik:

- Gjentatt kutting eller brenning av huden
- En ubehagsfølelse umiddelbart før handlingen
- En opplevelse av avspenning, påskjønnelse, behag og nummenhet samtidig med den fysiske smerten

- Skamfølelse og frykt for sosialt stigma i etterkant, som medfører at individet forsøker å skjule arr, blod og andre tegn på selvskadingen

En annen som benytter dette begrepet er Armando Favazza i boken til Svein Øverland (2006). Han beskriver selvmutilering både innenfor en kulturell og en historisk ramme. De vanligste formene for selvmutilering er kutt på huden, andre former er å slå seg selv, stikking med nåler, forhindring av at sår skal gro, alvorlig skraping av huden, å slå hodet i vegg, brekkinga av bein, å sette inn fremmede objekter i urinveiene eller skade vagina. Personer med denne lidelsen bruker ofte flere metoder, og de beskriver at adferden gir rask, men kortvarig lettelse av angst og psykisk smerte.

4.1.5 Villet egenskade

”Villet egenskade” er et annet mye brukt begrep, og mange av de største undersøkelsene som er foretatt om det å skade seg benytter dette begrepet.

”Villet egenskade” blir definert som:

”EN handling som ikke endte med døden, hvor individet gjorde en eller flere av følgende:

- *Initierte atferd (for eksempel kuttet seg selv, hoppet fra en høyde) i den hensikt å skade seg selv*
- *Tok medikamenter i en mengde utover det som er foreskrevet eller som er vanlig anerkjent dose*
- *Tok illegale stoffer/narkotika i den hensikt å skade seg selv*
- *Svelget et ikke-fordøyende stoff eller gjenstand”*

(Ystgaard, 2003, i Øverland, 2006)

Som det går frem av definisjonene som er beskrevet ovenfor, benyttes flere begreper for å beskrive fenomenet at noen mennesker påfører seg smerte med vilje. På norsk har begrepet ”selvskading” vært mest brukt, men etter hvert er begrepet ”villet egenskade” blitt mer vanlig. Jeg føler at begrepet ”villet egenskade” blir for utydelig for meg og ikke gir intuitiv mening til den atferden som blir beskrevet. Øverland (2006) skriver at når man skader seg selv, så kan det være vanskelig å beskrive med hvor mye vilje man gjør dette, når en egentlig kan være i en tilstand der evnen til logikk og planlegging er sterk redusert.

Øverland (2006) nevner i sin bok at Hurry (2000) mener at på en måte er det typiske i selvskadingen at kaos og ubeskrivelige følelser er fremtredende, og at det er like mange grunner til å skade seg som det finnes ungdom som skader seg. Det skjer oftest impulsivt når ungdommen står midt i en personlig krise og er svært forvirret og desperat. Hurry skriver videre at det er utbredt misforståelse, både hos spesialister og folk flest, at selvskading kun viser til kutting, og at dette er tilfellet uansett hvilke begrep som benyttes. Mennesker som skader seg har historisk sett blitt forstått som manipulerende og oppmerksomhetssøkende, men undersøkelser har vist at dette ikke gjelder flesteparten av tilfellene. Det er langt vanligare å skjule selvskadingen (Fox, Hawton, 2005, i Øverland, 2006).

Begrepet selvskading er svært konkret ut fra en klinisk forståelse. Det å kutte, slå, brenne eller devaluere seg selv, er i tillegg til den fysiske skaden det innebærer, dypest sett også skade av Selvet. Et menneske er mer enn kroppen alene, og en skade av kroppen innebærer derfor også en devaluering eller skade av det som utgjør identitet og selvfølelse (Øverland, 2006). Jeg tror at som helsepersonell er det vesentlig å forstå at selvskading også må forstås på et dypere plan, istedenfor å fortape seg i de kroppslige eller sosiale konsekvensene av selvskading.

4.2 Forekomst

I en litteraturgjennomgang av empiriske og teoretiske forskningsstudier om selvskading, i boken til Svein Øverland (2006), klassifiserer Gratz (2002) definisjonene om selvskading i fire kategorier:

- om det er atferd som er utført med overlegg eller ikke
- om det er en direkte skade på kroppsvev eller ikke
- om det mangler en bevisst intensjon om selvmord
- om atferden er repeterende eller ikke

Wincel og Stanley (1991 i Øverland, 2006) har foreslått å kategorisere selvskading ut fra den kliniske konteksten den forekommer i. De viste blant annet at innsatte i fengsler hadde en tydelig annen selvskading enn personer med psykisk utviklingshemming eller personlighetsforstyrrelse.

Favazza og Rosenthal (1993 i Øverland, 2006) argumenterer derimot for at en slik inndeling ikke får med bredden i fenomenet, og påpeker også at selvskading dessuten forekommer under andre omstendigheter. De hevder at det gir mer mening å se

selvskading som et uttrykk for en generelt manglende impulskontroll, og ønsker heller en inndeling som gir uttrykk for dette. Den meste brukte inndelingen er Simeon og Favazzas (2001, i Øverland, 2006) inndeling som deler selvskading i fire hovedgrupper. Disse hovedgruppene er stereotypisk selvskading, alvorlig selvskading, tvangspreget selvskading og impulsiv selvskading. Dette er en inndeling basert på fenomenologi heller enn etiologi: inndelingen fokuserer på hvordan selvskading forstås klinisk.

I Favazza (1998 i Øverland, 2006) undersøkelse viste det seg at de som skader seg typisk var i tjue-trettiårene og hadde skadet seg siden tenårene. Denne undersøkelsen viste også at selvskadere ofte hadde tatt overdose med medikamenter i tillegg, og at de hadde økt forekomst av spiseforstyrrelser. Øverland (2006) påperker også at størsteparten av de som selvskader kommer fra øvre middelklasse og har god utdanning. Slike mennesker blir ofte sett på som ressurssterke, smarte og pliktoppfyllende, og det kan være vanskelig å forstå hvordan disse kan skade seg selv.

Det er klare statistiske sammenhenger mellom negative livshendelser og villet egenskade (Walsh, Rosen, 1998 i Øverland, 2006). Ystgaard (2003 i Øverland, 2006) fant sammenhenger mellom villet egenskade og det å ha blitt utsatt for fysiske overgrep; villet egenskade blant venner; narkotikamisbruk; kontakt med politiet og det å ha vært beruset mer enn ti ganger. Svein Øverland (2006) skriver i sin bok at Gratz (2003) fremholder at opplevelser i barndommen som vesentlig, særlig gjelder de ulike indikasjoner for utrygg oppvekst. Undersøkelse viser blant annet sammenhenger med usikker tilknytting til omsorgsgivere, langvarige separasjoner eller å ha blitt forlatt av omsorgspersoner, og det å ha blitt emosjonelt forsømt av omsorgspersoner.

Det er klare kjønnsforskjeller ved selvskading. Hjelmeland (2001, i Øverland) viste til at det er 3,1 % av guttene og 10,2 % av jentene som har hatt et eller flere tilfeller av selvskading. Det er verdt å merke seg at kjønnsforskjellene er motsatt mellom selvmord og selvskading (Hjelmeland, 2001, i Øverland, 2006). Kjønnsforskjeller har vært diskutert ut fra sosiale roller for kvinner og menn. Det er vanlig å tenke seg at kvinner oppdras til å undertrykke aggresjon overfor andre, og derfor retter sinnet innover. I og med at det er flest kvinner som skader seg, så i enkelte steder i oppgaven skriver jeg ”hun” når det gjelder en selvskader.

5.0 Mennesker som skader seg selv snakker gjennom arr

Definisjoner om selvskading beskriver og gir svar på hva, men ikke hvorfor, hvordan og når personer skader seg. Disse spørsmålene er ikke lett å svare på, og de svarene man tilbys vil være påvirket av ulike teorier og erfaringsgrunnlag. Ingen definisjoner eller forståelser er endelige eller objektive gjenspeilinger av sannheten. Svarene kan være fra emosjonell tømming, et resultat av manglende impulskontroll, emosjonell utpressing, manipulering og forsøk på mestring. Bak disse svarene ligger et bestemt fokus og en bestemt teoretisk forståelse og en skytt kultur. Et viktig perspektiv som omfatter alle disse er å se på selvskadingen som en kommunikasjonsform. Selvskading knyttes opp mot manglende evne til å uttrykke følelser og den kan forstås som tilpasning, mestring, spenningsutløsning og forsøk på egenomsorg (Moe, Ribe, 2007).

5.1 Arrene snakker

Arret er et lidelsesuttrykk. Den indre smerten har lagt sine tydelige spor på huden. Når man har kuttet seg selv, så bærer det mennesket et budskap som hun kan gå i dialog med og lære mer om seg selv. Disse budskapene kan sees som kommunikasjon av avmakt og forsøk på mestring av avmakt. Det å kutte seg og arret har også gradvis fått en slik status. Kuttingen og arrene kan forstås som et uttrykk for det ordene ikke rommer, for det som ikke kan snakkes om. De «symbolene» er et resultat av at indre bearbeiding ikke fungerer, slik at området for behandling skyves fra innsiden av kroppen til utsiden. Når kutting kan være kroppens og personers respons på noe som gjør vondt – hvordan kan man snakke om det som gjør vondt, uten at det blir mer kutting?

Hos mennesker som skader seg selv er de indre sårene vondere enn de ytre, og det kan være årsaken at det er vanskelig å sette ord på det. Moe og Ribe skriver i sin bok «*Selvskadingens dynamikk*» (2007) at gjennom å snakke om selve selvskadingen, hvordan en hjelper og hva det betyr, kan personen som skader seg gradvis øve på å snakke om noe vanskelig, samtidig som hun blir seg bevisst hvordan hun møter indre ubehag, og kan øve på andre måter å håndtere ubehaget på.

I de selvbiografiene jeg har lest om mennesker som skader seg selv, kommer det også fram at selvskading kan være en tvangshandling. Etter at man har skadet seg en stund, blir det en vanesak å lage arr. De personene føler at noe ikke stemmer hvis man ikke gjør dette.

Det kommer fram at de første gangene skader seg av en alvorlig grunn, men etter hvert blir det en stygg vane. Man kan overdrive de ellers vanlige og udramatiske hendelsene og mener at det er verdt et par kutt.

5.2 Å ønske å slutte

Selvskader har tatt smerten i egne hender, og er ikke nødvendigvis innstilt på å slippe den igjen. Det er ikke en selvfølge at alle som skader seg, ønsker å slutte. Gjennom den litteraturen jeg har lest, kommer det fram at det er viktig å kartlegge hvor mennesker som skader seg selv er i sin selvskadingshistorie, og på bakgrunn av kartleggingen skal man finne riktig behandling.

Moen og Ribe (2007) skriver at når en selvskaderer motivert for å slutte, vil hun ofte være mer mottagelig for terapi som retter seg direkte mot den selvskadende atferden. Den som er usikker på om hun klarer å slutte eller ønsker å slutte, trenger tid til å bli trygg på sine hjelpere.

Fra den litteraturen jeg har lest kommer det fram at noen gang er det bra at behandlere har en støttende holdning, mens andre ganger er det passende å være mer utforskende og spørrende. Det som kommer tydelig fram spesielt fra selvskaderes egne biografier er, at det kan være farlig å presse en som skader seg til å slutte med det før personen har utviklet alternative måter å håndtere indre smerte på.

6.0 Forutsetninger for god behandling

Etter at jeg har lest bøkene til Sofia Åkerman (2010), ser jeg viktigheten av at hjelpepersonell har en helhetlig forståelse av mennesket. Hjelpere må se at selvskading kan bunne i mange årsaker, og at brukerne er medmennesker og samarbeidspartnere som man ikke kan forholde seg nøytrale til. Mennesker som skader seg selv har egenerfaring og forståelse for situasjonen som er viktig at behandlere får ta del i og behandlere har kompetansen de trenger. Gjennom en god kommunikasjon og holdninger kan de sammen komme fram til aktuell tiltak for å nå målet.

Menneskesynet forandrer seg i takt med tiden. Som jeg skrev i innledningen at selv om vi i dag vet mer om selvskading, så er det fremdeles tabubelagt og blir ikke snakket så mye om, men gjennom tider har synet på selvskading blitt forandret. Gjennom litteraturen som jeg har lest, kommer det fram at det har skjedd en utvikling i de siste årene hvordan selvskading blir møtt. Tidligere var vanlig praksis at man overså alt som hadde med selvskading å gjøre. Nå er ikke heller selve kuttingen i fokus, men hjelpeapparatet bruker mye mer tid på å snakke med mennesker som skader seg. Man prøver å finne ut hvilke følelser som ligger bak selvskading og hva som utløser de.

Behandlere er også mennesker som er formet av både samfunn, tradisjoner og livssynet de bærer med seg. Menneskesynet vårt blir et resultat av disse elementene, og henger sammen med etikk. Den forståelsesrammen vi har og arbeider ut fra vil også være utslagsgivende i møtet med andre mennesker, og vårt syn på etiske spørsmål (Henriksen, Vetlesen, 2006). Hvilket menneskesyn vi har vil avspeiles i de etiske vurderingene vi tar. Å ha kunnskap om etiske teorier handler om å ha kunnskap om ideologier, verdier, normer, holdninger og handlinger (FO, 2002).

Sofia Åkerman (2005) skriver i sin bok *Sebrapiken* at det som reddet henne var kjærlighet og omsorg. Hun mener at medfølelse, sympati og gode relasjoner fra familie, venner og behandlere kan føre til gode resultater.

Å vise respekt, åpenhet, tillit og omsorg krever etisk klokskap og et profesjonelt og bevisst forhold til egne verdier og motiver (FO, 2002).

Når jeg har lest aktuelle bøker om selvskading, ser jeg at behandlere ikke skal være redd for å vise interesse eller bekymring overfor personer som skader seg selv. Samtidig er det viktig at balanse mellom følelser og profesjonalitet er slik at man ikke blir så oppslukt at man blir handlingslammet.

Det kommer fram i lest litteratur at det er viktig at selvskadere skal ta del i behandlinger og at de skal også ansvarlig gjøres. Av hensyn til mennesker som driver med selvskading og behandlere, må det settes grenser for hva hjelperen tilbyr. Når de skader seg, så skal de ta ansvar i den grad de kan. Man kan ikke beskytte andre mot sin egen smerte. Selvskadere må bære sin smerte selv, og de må finne andre måter å mestre det på. Behandlere kan være en viktig ressurs i en slik prosess, men må være klar over å la dem som skader seg å ta ansvar for seg selv. Menneskesynet i etikken forutsetter at mennesket er i stand til å velge

og kan stilles til ansvar for sine handlinger (Eide, Skorstad, 2005). Hvilket menneskesyn vi eller gruppen vi tilhører har, vil være med å forme våre holdninger. Dette blir kanskje utslagsgivende da det er holdningene våre som utløser handlinger i møtet med andre mennesker. Forfatterne her sier videre at det er verdiene og vurderingene våre som påvirker og utvikler holdningene våre.

Lars Gunnar Lingås (1993) bruker en litt utvidet definisjon av etikk:

”Vi kan definere etikk som de gjennomtenkte høyt satte verdiene som ligger til grunn for de normene en gruppe mennesker har for å styre atferd og handlinger som strider eller kan komme til å stride mot disse verdiene”.

For å kunne utøve faglig forsvarlig praksis, er evnen til etisk refleksjon og kommunikasjon viktig (Røkenes, Hanssen, 2006). Medfølelse og sympati kan være personlige omsorgsegenskaper, der man ønsker å lindre den andres plager. Varmen i medfølelse og sympati som omsorgsegenskap, kommuniseres både verbalt og nonverbalt. Gjennom mitt eget arbeid med mennesker, vet jeg åpenbart at kommunikasjon betyr mye når man har kontakt og arbeider med andre mennesker som er i sårbare situasjoner.

Eide og Eide (2007) skriver i sin bok at ordet «kommunikasjon» kommer fra latin og betyr å gjøre noe felles, delaktiggjøre en annen i og ha forbindelse med. De skriver videre at gjennom gode kommunikasjonsferdigheter kan en forstå brukeren som person, yte bedre hjelp, støtte, omsorg og stimulere den andres utvikling på best mulig måte. Vi skiller mellom verbal og nonverbal kommunikasjon, der innholdet i den verbale kommunikasjonen blir formidlet gjennom ord. Den nonverbale kommunikasjonen skjer det en utveksling i tegn og signaler på andre måter, blant annet ansiktsmimikk, blikk og stemmeleie/-klang.

Etter at jeg har lest bøkene til Arnhild Lauvaeng (2006) og Sofia Åkerman (2005), ser jeg at det er viktig å fortolke andres signaler. Det kan skape grunnlag for nærhet og avstand, tillitt og mistillit, samarbeid og konflikt. Ulike oppfatninger og tolkninger av signaler kan gjøre møtene mellom behandlere og selvskadere gode, ubehagelige, sårende, irriterende, men også inspirerende og skape nye tanker og verdier. Jeg tror at når vi kommuniserer, så

oppfatter vi den andre og skaper en situasjon sammen, og gjennom den forståelsen er det viktig å tilpasse og variere våre kommunikasjonsmåter.

Som jeg skrev tidligere, kan det være vanskelig for mennesker som skader seg å forklare sine handlinger med ord. Hvordan skal man kommunisere da? Øverland (2006) skriver at hvis man spør dem som skader seg om hvorfor, vil de som regel ikke klare å svare. Videre mener han at dette kan skyldes at ord ikke er dekkende for denne opplevelsen, men det synes også som om de rett og slett ikke forstår det uansett.

7.0 Hvordan kan hjelpen gis?

Begrepet «*selvskading*» kan oppfattes som stigmatiserende. Det kan være i strid med den respekt denne gruppen bør møtes med. Problemet har vært å beskrive personer som skader seg uten å indikere om de er i behandlingen eller ikke. Begrepet pasient brukes når personer er i behandling, men mange som skader seg, mottar ikke behandling (Fox, Hawton, 2005).

7.1. Behandling

Etter at jeg har lest en del litteratur som omhandler selvskading, ser jeg også at svært mange av behandlerne, opplever selvskading skremmende og uforståelig. Det viser seg at det fortsatt er en del som blir møtt med irritasjon og holdninger som tilsier at vi mener de gjør det for å få oppmerksomhet. Skadingen kan egentlig være et utslag av fortvilelse, hvor vedkommende kan oppleve å ha innskrenkende handlingsalternativ. Gjennom det jeg har lest i bøkene til Lauveng (2006) og Åkerman (2005), viser det seg at også av mange selvskadere er lite tilfreds med den hjelpen de får. Uheldige intensjoner kan bidra til at de kan bli enda mer fanget av angst, fortvilelse og skam.

Profesjonelt helsepersonell må ha en forståelse for hva fenomenet selvskading omhandler og innebærer. Dette er nødvendig både for å kontrollere egne reaksjoner og også et meningsfullt bidrag til den forståelse og respekt som selvskadere har behov for. Det er viktig at man inntar en felles holdning som danner grunnlaget for hvordan man skal forholde seg til selvskading.

I tråd med økte kunnskaper om årsaker til selvskading, og økte muligheter for å analysere årsaker til selvskading, har det blitt mer og mer vanlig at behandling utformes på bakgrunn av det en vet om årsaker til selvskadingen. En vanlig tilnærming er å eliminere forsterkning av problematferden, eller å presentere den uavhengig av atferd. En annen tilnærming er å gjøre forsterkere som har opprettholdt problematferd avhengig av ønsket atferd, i stedet for å presentere dem etter at problematferd har funnet sted. Dette kalles også for å ”reversere forsterkningsbetingelsene”. En tredje tilnærming er å fjerne etablerende operasjoner i form av deprivasjon eller aversiv stimulering, eller for å si det mer populært: ”Fjerne personens behov for å vise problematferd” (Holden, 2003).

Det hender imidlertid at det er vanskelig å finne konsekvenser og etablerende operasjoner som kan forklare problematferd. Det hender også at faktorer som forklarer problematferd oppdages, uten at de kan utnyttes praktisk i behandling (Holden, 2002). Holden skriver videre at i slike tilfeller må det brukes mer standardpregede metoder som fysisk hindring av problematferden, forsterkning simpelthen av fravær av problematferden, eller i verste fall konsekvenser som direkte reduserer forekomsten av atferden (også kalt straff). Det siste kan innebære såkalt ”time out”, som kan utformes i høyst ulike varianter, alt fra at en i noen sekunder ser bort fra personen som viser problematferd, til fysisk atskillelse. Mye tydet på at en vesentlig del av selvskadingen var negativt forsterket. En uforholdsmessig stor del av selvskadingen forekom i kravsituasjoner.

Det er viktig å finne metoder og behandlinger som pasienter ønsker eller har tro på. Helsepersonell må være åpen for at det finnes mange måter å yte hjelp på. Hjelpere skal ikke glemme å være medmennesker, og ikke overser eller benekter smerten og lidelsen som ligger bak (Borg, Torp, 2007).

En betingelse for å hjelpe mennesker som skader seg selv, er å oppdage problemene tidlig. Det er viktig å begynne allerede med skoleungdom som driver med villet egenskade. For å få til en god start på behandlingsprosessen er det viktig å invitere til et felles samarbeidsmøte. Personell i skolehelsetjenesten, fastleger og legevaktleger bør ha et våkent blikk for tegn til selvskading i form av kutt/brannsåre eller arrdanning og ta seg tid til en kartleggende samtale ved behov. Mange selvskadere skammer seg over handlingene sine, og når de først at kontakt, er de ekstra vare på hvordan de blir møtt (Mehlum, Holseth, 2009).

Mehlum og Holseth (2009) sier videre at ikke alle som utfører selvskade er i fare for alvorlig skjevutvikling. Noen kan prøve ut selvskading uten at det har en regulerings-effekt. Men i de tilfellene der man får bekreftet at det dreier seg om gjentatt selvskading knyttet til alvorlige psykiske problemer eller at selvskading har blitt et atferdsmønster som brukes for å dempe sterk indre uro, bør personen henvises til spesialisthelsetjeneste for videre utredning og behandling.

Gjennom den litteraturen jeg har lest, kommer det fram at de som selvskader og ønsker hjelp for å slutte med det, bør ikke å bli stående lenge på venteliste for spesialistbehandling. Fastlegen kan benytte anledningen til å gi informasjon om psykiske problemer og om hvilke behandlingsformer som kan være aktuelle og søke å fjerne feilaktige forestillinger og angst som kan redusere behandlingsmotivasjon.

Motsvaret til ignorering av selvskading er ikke å overøse personer som skader seg med oppmerksomhet på kutting, men snarere å åpne for dialog, med mening og retning, om kuttingens innhold og funksjon i for- og etterkant av hendelsen (Moe, Ribe, 2007).

Mehlum og Holseth (2009) har formulert 7 ulike forutsetninger for god behandling:

7.1.1 Engasjere og motivere for behandling

En viktig del av behandlingen er å få etablert og vedlikeholdt en god allianse med pasienten. Særlig selvskadende ungdom har lett for å droppe ut. For pasienten å forplikte seg i behandlingen avhenger av motivasjon, som igjen henger sammen med at pasienten får hjelp til å se realistisk på sine problemer. Pasientens problemer kan være alvorlige og mulig livstruende, men at de samtidig kan avhjelpes gjennom behandling.

7.1.2 Lære nye ferdigheter

De som selvskader trenger hjelp til å lære seg mer konstruktive ferdigheter i å regulere følelser og relasjoner til andre mennesker. For eksempel kan man bruke aktiviteter eller sansestimuli til å distrahere seg selv og gjøre det mulig å holde ut vanskelige følelser. Andre ferdigheter kan brukes til å gjenkjenne risikoreaksjoner eller emosjoner i tide eller til å samhandle mer konstruktivt med andre mennesker.

7.1.3 Prioritere mellom ulike målgrupper

Selvskadere har ofte problemer på en rekke felt, slik som mellommenneskelige forhold, med psykisk helse, rusmisbruk eller i skolen. I behandling av villet egenskade, anbefales at selvskadingen og suicidalitet prioriteres høyest så lenge problemet er aktivt. Siden temaet ofte er ubehagelig så bør man systematisk se etter forekomst av selvskading og suicidalitet.

7.1.4 Presis analyse av problemet

Dersom man skal hjelpe selvskader til å endre uhensiktsmessige mestringsmønstre, er det viktig å arbeide målbevisst og spesifikt mot definert problematferd. Videre må hjelpepersonell analysere hva som øker sårbarheten for eller utløser selvskadingen og hva som øker sannsynligheten for at den skal vedlikeholdes. Behandleren bør sammen med pasienten arbeide seg gjennom hendelsesforløpet forut for en krisesituasjon og dessuten finne fram til hvilke konsekvenser pasientens reaksjon får. Hvordan reagerte, følte og tenkte pasienten i de ulike stadiene? Hvilke alternative måter kunne pasienten bruke for å løse sine problemer?

7.1.5 Balansere mellom aksept og krav til endring

Helsepersonell bør tilføre solide doser aksept og emosjonell støtte under behandlingen og de må aktivt vise at de kan forstå at pasienten opplever situasjonen som svært vanskelig. Hvis dette ikke blir gjort kan det føre til at pasienten gir opp under antakelsen av at hjelpen ikke har forstått hvor vanskelig problemene er.

7.1.6 Hjelp til selvhjelp

Det kan være fristende for hjelperne å intervenere direkte i situasjoner der pasienter sliter med å løse problemer, det kan være i forhold til miljø eller skole. I størst mulig utstrekning bør behandlere i stedet bistå pasientene i å løse sine problemer selv ved hjelp av ferdigheter de lærer gjennom behandlingen. Dette kan gi langt bedre mulighet for læring og vekst som vil vedvare også etter at behandlingen er avsluttet.

7.1.7 Ikke å forsterke selvskadingsatferden

Ulike kriser kan oppstå underveis i behandlingen. I slike situasjoner gjøres, etter vanlige prinsipper, vurdering av den aktuelle risikoen for skade og selvmord og det iverksettes

intervensjoner i henhold til dette. Det er viktig å unngå å forsterke den erfaringen mange mennesker som skader seg kan ha – at forståelse og støtte fra andre mennesker mest effektivt oppnås gjennom selvskading.

Når det gjelder selvskading, er det både umulig og uheldig å si at en type behandling har absolutt fortrinn over andre. I tillegg til kjente behandlingsmetoder bør behandlingsvalget også avhenge av selvskadernes fungering, egen forståelse, målsetting og livssituasjon.

8.0 Drøfting

Jeg skal nå se nærmere på og drøfte problemstillingen:

Selvskadernes individuelle og relasjonelle perspektiv.

8.1 Møte med behandlere

Å kutte seg gjør ikke bare noe for og mot personen som skader seg, det gjør noe med den som blir vitne til det. En vesentlig del av en behandlerens jobb består i å gjenkjenne hvilke reaksjoner som aktiveres i en selv i møtet med personen som driver med selvskading.

Gjennom litteraturen jeg har lest, kommer det fram at hjelpeapparatet ofte opplever det som vanskelig å snakke om selvskading på en måte som tillater selvskaderen en rolle som fortolker av egne handlinger og opplevelser. Hjelpenes reaksjoner legger føringer på selvskadernes forestillinger av personen og på hvordan møtene blir. Hvordan hjelperen håndterer egne reaksjoner, har innvirkning på hva slags hjelp personen som skader seg får (Moe, Ribbe, 2007).

Det kan være utfordrende på hvilken måte man skal møte personers indre smerte på. Moen og Ribe (2007) skriver at «alt til sin tid». Noen ganger trengs det hjelp til å ta oppmerksomheten bort fra smerte, andre ganger oppleves et rolig og empatisk vitne som det mest smertedempende, og andre ganger igjen er det å gå inn i smerten, å øve på å tåle den, det riktige.

Som jeg har skrevet er det mange årsaker til at personer kutter seg. Få av dem handler om å skape ubehag for hjelperne. Når hjelper skiller egen reaksjon på den selvskadende atferden fra selvskadernes intensjoner, kan hjelperens opplevelser bli mindre ubehagelige.

Hjelperen kan føle seg presset til å hjelpe selv om personen med selvskadingsproblematikk ikke har hatt dette i tankene når kuttingen ble foretatt.

Mennesker som skader seg selv er oftest både sinte, redde, føler seg hjelpeløse, maktesløse og triste. Noen ganger har de kontakt med disse følelsene, andre ganger ikke. Dette er følelser som de forsøker å dempe gjennom å skade seg. Å kunne gi uttrykk for disse følelsene er en viktig del av veien mot å få det bedre og å kutte seg mindre. Behandlerens eget forhold til disse følelsene legger føringer på hvordan møtet mellom de to åpner opp for eller lukker selvskadernes mulighet til å utforske disse følelsene (Moe, Ribbe, 2007).

8.2 Behandlere og behandling

Når det offentlige helseapparatet skal ta vare på personer som skader seg, er det som oftest at oppmerksomheten raskt rettes mot hva slags type behandling personen skal tilbys. Etter at jeg har lest bøker om selvskading, tror jeg at det kan være viktig og riktig at man skal klare å se på selvskading og kartlegge og være i samtale med selvskaderen før man skal sette i gang med en behandling.

Når det gjelder selvskading, er det både umulig og uheldig å si at en type behandling er best i forhold til andre. Behandlingsvalget blir også avhengig av selvskadernes ståsted, egen forståelse, målsetting og livssituasjon.

Som jeg har skrevet tidligere i dette kapittelet er det mange muligheter å behandle selvskadingen på. Det som ligger til grunn til alle de behandlingsformer er om selvskaderen har forutsetninger for selv å slutte eller ikke. Det er viktig at behandlere sammen med mennesker som skader seg undersøker og kartlegger ulike punkter. Herunder tenker jeg om personer som skader seg som ønsker å slutte med kutting. Hva som er meningen med selvskadingen og hva som utløser handlingen. Behandlere skal også se nærmere på om motivasjonen er tilstede og lufte ulike behandlingsformer. Dersom personer som skader seg selv har relasjonelle bånd og støtte er det også like aktuelt er å finne tilhørigheten i samfunnet. Alt dette skal sees i forhold til den individuelle selvskaderen. Det som er vanlig hos den ene kan være uvanlig hos den andre. Det er viktig ikke å normalisere eller generalisere denne aktuelle gruppen.

Når en generaliserer abstraherer en bort konteksten og sier at en behandling gjelder for flere enn de som har fått individuell kartlegging. Normalisering inneholder både levekårs – og livskvalitetsdimensjoner, og et prinsipp for høyning av folks generelle velferd som omfatter individuelle, personlige og subjektive forhold. Synet på normalisering har endret seg fra tidligere, der det var personen som skulle tilpasse seg samfunnet. I dag er fokus større på å forstå personen med sine individuelle behov, samt å ha oppmerksomheten rettet mot den gjensidige påvirkningen mellom mennesker (Aadland, 2009).

Jeg har nevnt i kapittel 5 og 6 at kommunikasjonen er viktig. Etter å ha lest bøker om selvskading er det veldig tydelig at mennesker som skader seg selv har vanskeligheter med å uttrykke seg verbalt. De klarer ikke å snakke om sine vonde følelser via ord, de tar ut sine vonde følelser gjennom å kutte seg. De snakker via arrene sine.

Hvis en behandler sier at personer som skader seg skal slutte å kutte seg, så har selvskaderen ikke muligheter til å få ut sin smerte lenger. Når de ikke kan feste nye følelser til huden, så mister de sitt eneste uttrykkssted. Smerten kan ikke renne ut med blodet. Det vonde får ikke slippe ut, og det er ingen som får se det. Arrene er deres måte å kommunisere sin smerte på. Når de har mistet sitt kommunikasjonsmedium, opplever de seg avstengt fra omgivelsene (Moe, Ribbe, 2007).

Hvis behandlere tror at det er riktig å nekte dem å kutte seg og tro at etter kuttingen og arrene kommer ordene, relasjonene og mestringsfølelsen, så er det dessverre ikke slik i praksis. Det å slutte kan være en vei, mens å finne ordene kan være en annen og mer riktig utvei fra selvskadingen. Det å begynne å snakke kan være en ny ferdighet og det er også en behandling. En vesentlig informasjon kan være hva hver enkelt savner, trenger, opplever eller forstår av seg selv, sin fungering og sin situasjon. All informasjon spiller rolle for at den onde sirkelen av ordløst ubehag og selvskadende atferd skal utfordres. Ved å snakke om hva de gjør når de skader seg, og hva det igjen gjør for dem, kan ordene komme og gi håp for en legende enn skadende handlingsalternativ. For mange av dem kan ordene om arrene være de enkleste å få tak i og dele med omverden (Moe, Ribbe, 2007).

Ragnhild: «Jeg tror egentlig mest på den snakkingen, for den er direkte. Det er den jeg har savnet. Og det har jeg merket, det funker jo. Når jeg hadde lyst til å skjære meg, så kunne jeg også ringe: «Nå trenger jeg å prate, hvis ikke så kommer jeg til å kutte meg i løpet av en time.»

(Moe, Ribbe, 2007:161)

Hos hver enkel selvskader bør behandleren også ta utgangspunkt i hva som skal til for å kjenne at ordene treffer den indre opplevelsen. Via behandling er det viktig å analysere problemet. Behandlingen bør føre fram til at mennesker som driver med selvskading skal elske den de er og ikke hate den de er, og hvert fall ikke hate kroppen sin. Kan man endre fokus med å fortelle og fortelle om handlinger og tanker? Når man kan kutte seg gang på gang, kan de fortelle historien sin gang på gang? De kan få nye perspektiv og ha et fokus som er i stadig endring. De hører lyden av de ordene de bærer inni seg.

«Jeg håper å få svar. Jeg håper jeg skal finne ett eller annet, noen ord som skal... som skal... som skal åpne alt, så jeg skal forstå alt, alt skal bli klart, og alt skal bli bra. Men det hjelper... det som er, jeg har også... det jeg ønsker å forstå, eller jeg greier ikke å forandre meg selv.»

(Moe, Ribbe, 2007:162)

Det kommer fram i litteraturen at å endre uttrykksform og forum kan være en smertefull prosess for enkelte selvskadere. Selv om man har begynt å bruke ord, men fortsetter å skade seg, så blir ikke alt det indre sluppet ut via verbalt språk likevel. Når man har utviklet andre og mer konstruktive måter å gi uttrykk for indre opplevelser på og har opplevd å bli møtt mer positivt på disse uttrykkene, lærer og føler man at å kutte seg ikke hjelper så mye lenger.

8.3 Kritisk blikk til behandlere og behandling

Øverland (2006) sier at forståelse har stor betydning når man arbeider med mennesker.

Hvis man ikke prøver å forstå, kan dette være skadelig for relasjonen mellom behandler og selvskader, og det kan føre til mindre effektive og individuelt tilpassede behandlingsmåter.

Selvskader blir ofte stilt overfor ultimatumer til å slutte å skade seg. Dette antagelig på grunn av omverdenes frustrasjon og ønske om at kuttingen kan ta slutt. Gjennom litteraturen om mennesker som skader seg har jeg har lest meg fram til at det nødvendigvis ikke er riktig å stille et selvskadende menneske overfor et ultimatum uten å ha gitt den et ordentlig verktøy til å klare å slutte å skade seg. Som vernepleier vet jeg at å sette opp mål kan være en bedre vei ut fra et problem enn å stille et ultimatum. Åkerman (2010) skriver at forskjellen mellom ultimatum og mål er at ved den første risikerer personen å miste noen, men ved målet kan man bare vinne. Når man setter opp mål sammen med et selvskadende menneske, gjelder det å finne et passende nivå for målet. Selvskaderen skal få en utfordring, men målet skal likevel ikke være satt for høyt. Det er bedre å streve mot målet med små skritt og dermed bygge opp selvfølelsen, enn å ta for store steg framover og så risikere å ende i nye følelser av å mislykkes.

Sofie Åkerman (2010) skriver i sin bok *For å overleve – en bok om selvskading* at det er bedre å bruke ”gulrot” enn ”pisk”. Dette innebærer at man reagerer på en måte som virker aktivt forsterkende på den atferden som fungerer. Man straffer ikke dysfunksjonell atferd, men gir den mindre oppmerksomhet slik at man ikke risikerer å forsterke den heller. Man kan være ”vennlig, men bestemt, omtrent som en god forelder”. Hun skriver videre at ved en selvskadende handling skal man ikke gi selvskaden ekstra positiv oppmerksomhet – hadde du det virkelig så vondt? eller får jeg se hvordan såret ser ut? Også ikke å opptre ekstra negativt heller – det der behøvde du vel ikke ha gjort! Eller hvorfor kommer du til meg, du har jo allerede løst det på den egen måte?! Åkerman mener at det er bedre å reagere vennlig men bestemt og å være oppmuntrende til andre løsninger – jeg ser at du har skadet deg og forstår at du har det vanskelig, og det er viktig at behandleren og selvskaderen sammen finner ut hva de skal gjøre for å slutte med den atferden.

Når man har sår på armene er det lettere å få hjelp og forståelse. Når arrene blekner og livet begynner å gå den rette veien, så forsvinner behandlerens støtte og hjelp, og det dessverre mye raskere enn selvskaderen er klar for. Redselen for å miste støtten gjør at man blir redd for å bli for ”frisk” og fremskrittene kan plutselig erstattes med tilbakefall. Når man har sluttet å kutte seg og før man har rukket å utvikle nye overlevelsesstrategier, kan tomrommet etter den selvskadende atferden være på sitt største. Det er da det er aller viktigst at omgivelsene viser at de fremdeles tar problemene på alvor, at de ser, forstår og

er i nærheten. Etter hvert kommer den selvoppholdende siden til å vokse seg sterkere, og behovet for støtte fra andre minsker av seg selv.

Det kan være flere kritikkverdige situasjoner i behandlingen av mennesker som skader seg. En vanlig feiltakelse som ofte forekommer innen behandlingen er, hvor hjelperen har omsorg for flere selvskadere, og der man prioriterer dem som aktivt selvskader seg framfor dem som har klart å slutte (Åkerman, 2010).

Behandleren bør ha kunnskapen om å fremheve det som fungerer hos den som trenger hjelp, framfor det som ikke fungerer. Hvis det eneste man ser hos personer som skader seg selv er et problem, så risikerer man at problemet blir befestet og ikke forebygget. Det er viktig at hvert fremskritt blir bekreftet. Hvis det kun blir snakket om de framskrittene selvskaderen har gjort, og det ikke blir lyttet til når personen forsøker å si at hun fremdeles sliter tungt, så er fortsatt den eneste veien til å si det på å skade seg selv. Da er selvskaderen fortsatt nødt til å kommunisere via sårene for å vise at hun har det vondt og trenger hjelp.

Åkerman (2010) konkluderer at det gjelder at behandleren finner en balanse mellom å bekrefte og oppmuntre til framskritt. Hjelperen skal samtidig vise at man ser at alt ikke er bra selv om det har gått framover med selvskading. Det er aldri feil å bekrefte følelsene som ligger bak selvskading selv om følelsene er mørke. En god måte å bekrefte et framskritt på er:

”- Jeg synes det er helt fantastisk at du har klart å la være å skade deg denne uken, så vanskelig som det ser ut til å ha vært! Jeg forstår at du kjemper en enorm, indre kamp hver eneste dag. Selv om du ikke skader seg selv, betyr ikke det at alt er bra, det vet jeg”.

(Åkerman, 2010:176)

Øverland (2006) mener at dersom en behandler har erfaring fra arbeid med mennesker som selvskader, vil dette kunne være en nyttig kompetanse og erfaring å ta med seg videre. Hvis man har erfaring fra flere tilfeller med selvskading, så vil man ikke bli like sterkt påvirket etter hvert, og dette selv om man likevel ikke klarer forholde seg nøytral. Dette kan føre til at man lettere og raskere kan komme til selvskadingens funksjon og komme i gang med en individuelt tilpasset behandling.

8.4 Konklusjon

Etter mitt arbeid med denne oppgaven har jeg kommet fram til at de fleste kildene har stort sett samme synspunkt på hva man kan bidra med for å hjelpe mennesker som skader seg med. Det er viktig å finne løsninger på hvordan man skal unngå ytterligere selvskading, og at behandlerens sin rolle er viktig i behandlingsprosessen. Jeg skrev at selvskading har mange ansikter og det har også behandlere.

De senere årene har forekomsten av selvskading økt. Derfor er det et tema som er aktuelt å sette på dagsorden, selv om det fremdeles er tabubelagt og det oppleves vanskelig å snakke om både for selvskadere selv og behandlere. På grunn av at selvskadingen er kulturelt og sosialt uakseptabelt er det en viss risiko for at den som selvskader bagatelliserer atferden og handlingen sin og gjør den mindre viktig. Dette kan virke inn på behandlernes forståelse og oppfatning av selvskading.

I flere bøker om selvskading går det igjen at behandlere ikke skal hindre personer som skader seg selv å slutte å skade seg. Dersom man hindrer dette kan det føre til negative konsekvenser for resten av behandlingen. Når man gjør dette så viser man ikke respekt og forståelse for selvskadernes atferd, omsorg og trygghet. Skal man skape individuelle og relasjonelle perspektiver, må behandlere etablere et menneske- til- menneske forhold der omsorg, trygghet og respekt er likeverdige deler. Det er viktig at man er til stede for personer som utøver selvskading og viser at man virkelig ønsker å være der for dem. I litteraturen kommer det fram at behandlerne synes å tillate selvskading i behandlingsprosess kan være krevende og utfordrende. Dette fordi at det strider i mot vårt syn på normal atferd.

Det kan hende at mennesker som skader seg ikke har hatt gode relasjoner til andre personer. Det kan være vanskelig å skape relasjoner og åpne seg for behandlere, selv om de sier at de skal hjelpe dem. Tålmodighet, riktig kunnskap og god kommunikasjon kan være en hjelpende hånd i relasjonen mellom behandler og selvskader. Jeg ser viktigheten å ha god kunnskap om selvskading for å kunne yte riktig behandling. Behandlere må vite at resultatene ikke kommer raskt, det kan ta tid og det kan hende at behandlingsprosessen ikke gir resultater. De skal finne ut den bakenforliggende årsaken til selvskading.

Uansett selvskading, om det er et lite sår eller et sår som må sys, er det en handling som blir utført for å håndtere smertefulle og vanskelige tanker. Her må man huske at selvskading er individuell og har ulike funksjoner.

Underveis i skriveprosessen har jeg stilt meg spørsmål om man i det hele tatt kan skape gode og holdbare relasjoner til mennesker som skader seg selv? Vi kan snakke om forståelse og følelser, men det betyr ikke at vi noen gang får en fullstendig forståelse av denne aktuelle handlingen. Øverland (2006) skriver at behandlere kan forsøke å ta inn over seg den smerten selvskadere opplever, men de vil også være kvitt denne smerten når behandlingstimen er over. Hun som skader seg bærer videre på sin smerte, og kjemper en usynlig kamp mot usynlige fiender, som blir synlig når de kutter seg igjen.

8.0 Oppsummering

I denne oppgaven har jeg belyst hva man mener med selvskading og hva som er dynamikken hos mennesker som skader seg. Det har vært en lærerik, krevende og spennende prosess å se på hvorfor fenomenet selvskading utøves og hvordan behandlere kan hjelpe. Jeg har fått en større forståelse for hvorfor noen mennesker velger å skade seg selv. Gjennom skriveprosessen har jeg forstått at årsakene til at personene velger å kutte seg er veldig individuelle, og at fenomenet selvskading er et ytre symptom på et indre problem.

Jeg har også sett på relasjoner mellom behandlere og mennesker som skader seg og behandlingsmuligheter. I oppgaven kommer det fram at det kan hende at å slutte å kutte seg kan være urealistisk. Behandlere må få selvskadere til å skade seg på en tryggere måte, se på hvilken funksjon selvskadingen har og finne andre mestringsstrategier enn det å kutte seg.

9.0 Avslutning

Mange mennesker som skader seg får i dag ikke nødvendig helsehjelp til tross for at selvskadingen kan føre til alvorlige psykiske problemer. Jeg har lest om at tidlig identifisering av problemene gjennom en aktiv holdning og presise spørsmål er viktig. Når kartleggingen avdekker selvskading, må det utføres videre utredning. Den som skader seg selv bør henvises til spesialisthelsetjenesten dersom alvorlige psykiske eller sosiale problemer ligger til grunn. Jeg har sett at det er flere ulike behandlingsmodeller i dag som kan være aktuelle for selvskadende personer, men behandlingen bør være individuell og det er viktig å prioritere selvskadingen som et hovedproblem så lenge den er til stede.

Moe og Ribe (2007) skriver at når man forsøker å kartlegge dysfunksjonelle mestringsstrategier og deres opprinnelse, er hensikten ikke å unnskyldes eller bortforklare. Målet er å hjelpe personen til å avlære innlærte, uhensiktsmessige mestringsstrategier - i dette tilfellet å kutte seg selv – og til å oppleve sitt indre liv som mer forståelig. Det er viktig med kunnskap om selvskading. Gjennom å ha kunnskap om hvorfor en person skader seg, blir det lettere for hjelpen å møte personen på en så virkningsfull og hjelpsom måte som mulig.

I det profesjonelle hjelpeapparatets møter med personer som skader seg selv, er det viktig at det er selvskadernes følelser som får være i sentrum, dette også hos hjelperen. Hvordan denne utfordringen løses, varierer inne ulike yrkesgrupper. Uttrykk som ”å ta på seg den andres sko for å kjenne hvor det trykker, for så å kunne ta den av igjen”, kan beskrive denne vanskelige balansegangen mellom behandler og selvskader. Målet er ikke å avstå fra å føle noe i møtet, men til en viss grad å kunne tre ut av følelsen når det kreves (Moe, Ribbe, 2007).

Utfordringen for hjelperen ligger ikke i å kvele egne følelser, men i å få kjennskap til dem og å øve opp kontrollen over dem og over hvordan de håndteres. Det er forskjell på å føle tristhet og på å gråte åpenlyst, på å kjenne sinne og uttrykke det over selvskaderen. Å vise interesse og være medmenneske er det som kan være viktig for en person som skader seg selv. Interessen kan være til støtte for samarbeid og nøkkelen for hjelperen til å skape en god relasjon og et godt forhold i behandlingsprosessen.

Vi vernepleierne skal jobbe med å kartlegge og finne ut hvilke livsområder brukeren kan trenge ekstra veiledning og hjelp på. Hva ønsker og vil brukeren? Vernepleierne kan veilede og hjelpe bruker til å få kontakt med hjelpeinstanser, men valget om å gjennomføre er brukerens. Særlig vil da motivering og løsningsfokusert kommunikasjon være en forutsetning for å få til et godt samarbeid med hjelpeapparatet.

Litteraturliste

Dalland, Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Gyldendal akademisk, Oslo

Eide, Hilde, Eide, Tom og Eide, Eivind (2007) *Kommunikasjon i relasjoner, samhandling, konfliktløsning, etikk* Gyldendal akademisk, Oslo

Fagplan for vernepleierutdanningen Høyskolen i Molde (2010)

Fellesorganisasjonen (2002) *Yrkesetiske grunnlagsdokument* Oslo

Garsjø, O. (1997) *Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere* Universitetsforlaget AS, Oslo

Henriksen, og Vetlesen (2006) *Nærhet og distanse* Gyldendal akademisk, Oslo

Røkenes, Odd Harald og Hanssen, Per- Halvard (2002) *Bære eller bryte* Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke, Oslo

Aadland, Einar (2009) *"Og eg ser på deg.. Vitenskapsteori og metode i helse- og sosialfag"* Aschehoug, Oslo

Selvvalgt litteratur

Hansen, Åse-Marion og Lingås, Lars Gunnar (2005) *Etikk og kommunikasjon* Damm, Oslo

Lauveng, Arnhild (2006) *I morgen var jeg alltid en løve* Cappelens Forlag, Oslo

Mehlum, L. og Holseth, K. (2009) *Selvskading – hva gjør vi?* Tidsskrift for Den norske legeforening, Oslo

Skårderud, F. Og Sommerfeldt, B. (2009) *Hva er selvskading?* Tidsskrift for Den norske legeforening, Oslo

Øverland, Svein (2006) *Selvskading: en praktisk tilnærming* Fagbokforlaget, Bergen

Åkerman, Sofia (2010) *For å overleve: en bok om selvskading* Humanist, Oslo

Åkerman, Sofia (2005) *Sebrapiken* Humanist, Oslo

Vedlegg

Helhetlig arbeidsmodell

